

Wochenbett

Dokumentation für die Hebamme

Mutter / Kind



Datum/Uhrzeit20___ /20___ /20___ /			
Wochenbetttag						
Mutter	RR		RR		RR	
	P	Temp. °C	P	Temp. °C	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig		<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig		<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten						
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____		_____		_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen		<input type="checkbox"/> Fäden gezogen		<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe		<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe		<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____		<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____		<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____		_____		_____	
Gewichtskontrolle	_____ g		_____ g		_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____		_____		_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C		_____ °C		_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus		<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus		<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul		<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul		<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig		<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig		<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	
	_____		_____		_____	

Datum/Uhrzeit20___/	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> wund	
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf <input type="checkbox"/> blutig	
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra <input type="checkbox"/> normal	
	<input type="checkbox"/> fusca <input type="checkbox"/> vermehrt	
	<input type="checkbox"/> flava <input type="checkbox"/> vermindert	
	<input type="checkbox"/> alba <input type="checkbox"/> keine	
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos <input type="checkbox"/> ödematös	
	<input type="checkbox"/> Hämatom <input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz	
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt <input type="checkbox"/> teilweise	
	<input type="checkbox"/> abgestillt <input type="checkbox"/> pumpt ab	
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken <input type="checkbox"/> näßt, schmiert	
	<input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> abgefallen	
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> ikterisch	
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf-Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit20___/	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> wund	
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf <input type="checkbox"/> blutig	
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra <input type="checkbox"/> normal	
	<input type="checkbox"/> fusca <input type="checkbox"/> vermehrt	
	<input type="checkbox"/> flava <input type="checkbox"/> vermindert	
	<input type="checkbox"/> alba <input type="checkbox"/> keine	
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos <input type="checkbox"/> ödematös	
	<input type="checkbox"/> Hämatom <input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz	
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt <input type="checkbox"/> teilweise	
	<input type="checkbox"/> abgestillt <input type="checkbox"/> pumpt ab	
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken <input type="checkbox"/> näßt, schmiert	
	<input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> abgefallen	
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> ikterisch	
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf-Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit20___/	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> wund	
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf <input type="checkbox"/> blutig	
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra <input type="checkbox"/> normal	
	<input type="checkbox"/> fusca <input type="checkbox"/> vermehrt	
	<input type="checkbox"/> flava <input type="checkbox"/> vermindert	
	<input type="checkbox"/> alba <input type="checkbox"/> keine	
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos <input type="checkbox"/> ödematös	
	<input type="checkbox"/> Hämatom <input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz	
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt <input type="checkbox"/> teilweise	
	<input type="checkbox"/> abgestillt <input type="checkbox"/> pumpt ab	
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken <input type="checkbox"/> näßt, schmiert	
	<input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> abgefallen	
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> ikterisch	
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf-Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit _____ .20___ / _____

Wochenbetttag _____

Datum/Uhrzeit _____ .20___ / _____

Wochenbetttag _____

Datum/Uhrzeit _____ .20___ / _____

Wochenbetttag _____

Mutter RR

P _____ Temp. °C _____

RR

P _____ Temp. °C _____

RR

P _____ Temp. °C _____

Mammae weich laktierend knotig

Auffälligkeiten  links rechts

weich laktierend knotig

 links rechts

weich laktierend knotig

 links rechts

Brustwarzen o.B. wund

Rhagaden Schorf blutig

o.B. wund

Rhagaden Schorf blutig

o.B. wund

Rhagaden Schorf blutig

Stillhilfen Stillhütchen _____

Stillhütchen _____

Stillhütchen _____

Uterus Höhenstand _____

Lochien/Menge rubra normal

fusca vermehrt

flava vermindert

alba keine

rubra normal

fusca vermehrt

flava vermindert

alba keine

rubra normal

fusca vermehrt

flava vermindert

alba keine

Damm/Sectionaht reizlos ödematös

Hämatom Nahtdehiszenz

Fäden gezogen

reizlos ödematös

Hämatom Nahtdehiszenz

Fäden gezogen

reizlos ödematös

Hämatom Nahtdehiszenz

Fäden gezogen

Miktion normal häufig schmerzhaft

normal häufig schmerzhaft

normal häufig schmerzhaft

Defäkation normal tägl. schmerzhaft

normal tägl. schmerzhaft

normal tägl. schmerzhaft

Obstipation Diarrhoe

Obstipation Diarrhoe

Obstipation Diarrhoe

Hämorrhoiden ja Behandlung mit _____

ja Behandlung mit _____

ja Behandlung mit _____

Kind voll gestillt teilweise

abgestillt pumpt ab

voll gestillt teilweise

abgestillt pumpt ab

voll gestillt teilweise

abgestillt pumpt ab

Säuglingsnahrung _____

Gewichtskontrolle _____ g

_____ g

_____ g

Nabel unauff. trocken näßt, schmiert

blutig abgefallen

unauff. trocken näßt, schmiert

blutig abgefallen

unauff. trocken näßt, schmiert

blutig abgefallen

Auffälligkeiten _____

Bilirubin unauffällig ikterisch

unauffällig ikterisch

unauffällig ikterisch

Temperatur _____ °C

_____ °C

_____ °C

Miktion normal _____

normal _____

normal _____

Defäkation normal _____

normal _____

normal _____

Allgemeinzustand des Kindes normaler Schlaf-Wachrhythmus

wirkt schlapp, trinkfaul

schreit, ist unruhig

normaler Schlaf-Wachrhythmus

wirkt schlapp, trinkfaul

schreit, ist unruhig

normaler Schlaf-Wachrhythmus

wirkt schlapp, trinkfaul

schreit, ist unruhig

Datum/Uhrzeit20___/	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit20___/	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Datum/Uhrzeit20___/	
Wochenbetttag		
Mutter	RR	
	P	Temp. °C
Mammae	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> laktierend <input type="checkbox"/> knotig	
Auffälligkeiten		
Brustwarzen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> wund
	<input type="checkbox"/> Rhagaden Schorf	<input type="checkbox"/> blutig
Stillhilfen	<input type="checkbox"/> Stillhütchen <input type="checkbox"/> _____	
Uterus Höhenstand	_____	
Lochien/ Menge	<input type="checkbox"/> rubra	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> fusca	<input type="checkbox"/> vermehrt
	<input type="checkbox"/> flava	<input type="checkbox"/> vermindert
	<input type="checkbox"/> alba	<input type="checkbox"/> keine
Damm/ Sectionaht	<input type="checkbox"/> reizlos	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Nahtdehiszenz
	<input type="checkbox"/> Fäden gezogen	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe	
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> ja Behandlung mit _____	
Kind	<input type="checkbox"/> voll gestillt	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> abgestillt	<input type="checkbox"/> pumpt ab
Säuglingsnahrung	_____	
Gewichtskontrolle	_____ g	
Nabel	<input type="checkbox"/> unauff. trocken	<input type="checkbox"/> näßt, schmiert
	<input type="checkbox"/> blutig	<input type="checkbox"/> abgefallen
Auffälligkeiten	_____	
Bilirubin	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ikterisch
Temperatur	_____ °C	
Miktion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Defäkation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> _____	
Allgemeinzustand des Kindes	<input type="checkbox"/> normaler Schlaf- Wachrhythmus	
	<input type="checkbox"/> wirkt schlapp, trinkfaul	
	<input type="checkbox"/> schreit, ist unruhig	

Geburtsmodus Gravida _____ Para _____ SSW _____
 Spontan Sectio primär sekundär Notsectio
 VE/Forceps Geburtseinleitung Ja nein
Analgiesie SPA PDA ITN Lachgas

Geburtsverletzung

DR _____° Scheidenriss Labienriss re/li Episiotomie med. lat median lateral
 Schürfung, wo _____ Naht Ja nein

Mutter / Erstbesuch am: _____ .20____ Entlassung aus der Geburtsklinik am _____ .20____

Allgemeinbefinden der Wöchnerin: Hb-Wert bei Entlassung: _____ g/dl Blutgruppe Mutter _____
 Körperlich AZ normal müde/schlapp
 Ernährung AZ normal vermindert gesteigert Anti D-Prophylaxe
 Psychischer AZ stabil antriebslos depressiv/verstimmt Ja nein
 Rektusdiastase _____

Mutter / Abschlussbesuch am: _____ .20____

Allgemeinbefinden der Wöchnerin: Antikonzeptionsberatung durchgeführt: Ja nein
 Körperlich AZ normal müde/schlapp
 Ernährung AZ normal vermindert gesteigert Abschlussuntersuchung beim Gynäkologe:
 Psychischer AZ stabil antriebslos depressiv/verstimmt
 Abschließende Empfehlung: _____ .20____

Kind U2 durchgeführt am _____ .20____ Gewicht _____ g
 Vitamin-K-Gabe Guthrie-Test abgenommen Mukoviszidose Hüftsonographie
 OAE Rachitis-Prophylaxe Bilirubin Pulsoxymetrie

Auffälligkeiten: _____

Entlassungsgewicht _____ g Entlassung aus der Klinik am _____ .20____

Betreuende Kinderarztpraxis: _____

Termin zur U3 am _____ .20____ Medikamente: _____

Name _____ Geb. Datum _____

Straße _____ Telefon _____

PLZ/Wohnort _____ Privat versichert ja

Krankenkasse _____

Kassen-Nr. _____

VNR. _____ gültig bis _____

Name des Kindes _____

Geburt am _____ .20_____ um _____ Uhr

Gewicht _____ g Länge _____ cm KU _____ cm

Apgar _____ ph _____ Geburtsort: _____

Notizen

Anamnese: _____

Schwangerschaftsverlauf: _____

Betreuende gynäkologische Praxis: _____

Vorangegangene Geburten: _____

Empfehlung/Medikamente/Auslagen: _____

Weitere Wochenbettbögen können Sie kostenlos bestellen!

Gesundheit – von Anfang an

Pädia GmbH · Von-Humboldt-Str. 1 · 64646 Heppenheim
Tel. 06252-9128700 · Fax 06252-964114 · paedia.de · kontakt@paedia.de


www.paedia.de